

我国斜视分类专家共识(2015年)

中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组

斜视是眼科临床常见疾病,患病率约为3%。斜视的种类繁多,目前临床尚无完善的分类方法。国内外不同作者、不同专著对斜视的分类因侧重点不同、所考量的因素不同而存在不同程度的差异,使初学者及非斜视专业的眼科医师常常感到困惑,对临床工作产生一定困扰。

中华医学会眼科学分会斜视与小儿眼科学组为了规范和更好地指导临床工作,近年来多次组织本专业专家讨论并重新修订了适合我国眼科临床工作的斜视分类。该分类方法根据融合状态将斜视分为隐斜视和显斜视两大类,再进一步根据眼位偏斜方向以及眼球运动状况和不同注视位置眼位偏斜角度的变化进行详细分类,基本涵盖了临床可以见到的各种类型斜视,可为临床工作提供有益的参考、借鉴和指导。该分类方法借鉴了国内外主流并具有重要影响的斜视及眼科学专著意见,无厚此薄彼之意。新的分类方法是一种趋势,可以减少歧义,规范临床诊疗行为。

一、隐斜视

二、内斜视

(一)先天性(婴儿型)内斜视

出生后6个月内发病,斜视度数大;多数患者双眼视力相近,呈交替注视,多为轻度远视眼,戴镜无法矫正眼位;可有假性外展神经麻痹症状;可伴有下斜肌功能亢进、分离性垂直斜视(dissociated vertical deviation, DVD)和眼球震颤等症状。

(二)共同性内斜视

1. 调节性内斜视

(1)屈光调节性内斜视[正常调节性集合与调节比值(accommodation convergence/accommodation, AC/A)型]

多在2~3岁发病;发病早期可呈间歇性;多为中高度远视眼,戴镜矫正后眼位正,可伴有弱视,AC/A值正常。

(2)非屈光调节性内斜视(高AC/A型)

多在1~4岁发病;多为轻度远视眼;看近斜视度数明显大于看远,AC/A值高。

(3)部分调节性内斜视

戴镜后斜视度数减小,但不能完全矫正眼位。

2. 非调节性内斜视

(1)基本型:看近与看远斜视度数相近。

(2)集合过强型:看近斜视度数大于看远,AC/A值正常。

(3)分开不足型:看远斜视度数大于看近。

3. 微小内斜视

4. 周期性内斜视

5. 急性共同性内斜视

(三)继发性内斜视

1. 外斜视手术后

2. 知觉性内斜视

(四)非共同性内斜视

1. 麻痹性内斜视:展神经麻痹

2. 限制性内斜视:高度近视性限制性内斜视、Duane眼球后退综合征、Moebius综合征、甲状腺相关眼病、眼眶爆裂性骨折等。

(五)伴有眼球震颤的内斜视

三、外斜视

(一)先天性外斜视

1岁内发病;斜视度数大且恒定。

(二)共同性外斜视

1. 间歇性外斜视:幼年发病,外隐斜和外显斜交替出现,精神不集中或遮盖1只眼时可诱发显性外斜视。

(1)基本型:视远与视近的斜视度数相近。

(2)分开过强型:看远斜视度数大于看近($\geq 15^\Delta$)。遮盖1只眼30~60 min后,看远斜视度数仍大于看近。

(3)集合不足型:看近斜视度数大于看远($\geq 15^\Delta$)。

(4)类似分开过强型:与基本型相似,但遮盖1只眼30~60 min后,看近斜视度数增大,与看远相近或更大。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2015.06.003

通信作者:赵堪兴,300020天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院 天津市眼科研究所 天津市眼科学与视觉科学重点实验室,Email:zkx4260@vip.163.com

2. 恒定性外斜视

(三) 继发性外斜视

1. 内斜视矫正手术后以及内斜视自发转变为外斜视

2. 知觉性外斜视

(四) 非共同性外斜视

1. 麻痹性外斜视: 动眼神经麻痹

2. 限制性外斜视: Duane 眼球后退综合征、先天性眼外肌纤维化等。

四、A-V 型斜视

A-V 型斜视是指水平斜视存在垂直方向非共同性, 向上和向下注视时水平斜视度数有明显变化, 主要病因为斜肌功能异常。依据双眼上转 25° 、下转 25° 和原在位的斜视度数分为以下类型。

1. V 型外斜视: 向上注视斜视度数大于向下注视 ($\geq 15^\Delta$)。

2. V 型内斜视: 向下注视斜视度数大于向上注视 ($\geq 15^\Delta$)。

3. A 型外斜视: 向下注视斜视度数大于向上注视 ($\geq 10^\Delta$)。

4. A 型内斜视: 向上注视斜视度数大于向下注视 ($\geq 10^\Delta$)。

五、垂直旋转性斜视

垂直斜视多为非共同性斜视。

(一) 上斜肌麻痹

1. 先天性上斜肌麻痹

2. 后天性上斜肌麻痹

(二) 外旋转性斜视: 主要见于后天性双侧滑车神经麻痹

(三) 下斜肌功能亢进

(四) 上斜肌功能亢进

(五) 下斜肌麻痹: 临床少见, 多单眼发病。

(六) 单眼上转不足 (双眼上转肌麻痹)

(七) 限制性垂直性斜视: 甲状腺相关眼病、眼眶爆裂性骨折等。

六、特殊类型斜视

(一) 分离性斜视 [DVD、分离性水平斜视 (dissociated horizontal deviation, DHD)、分离性旋转斜视 (dissociated torsional deviation, DTD)]

(二) 间歇性外斜视合并调节性内斜视

(三) 先天性眼外肌纤维化

(四) Duane 眼球后退综合征

(五) Moebius 综合征

(六) Brown 综合征

(七) 甲状腺相关眼病

(八) 慢性进行性眼外肌麻痹

(九) 重症肌无力

(十) 眼眶爆裂性骨折

七、中枢性麻痹性斜视

中枢性麻痹性斜视分为核性、核间性和核上性。

八、眼球震颤

形成共识意见的专家组成员:

赵堪兴 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院 (斜视与小儿眼科学组组长)

王利华 山东大学附属山东省立医院眼科中心 (斜视与小儿眼科学组副组长)

亢晓丽 上海交通大学医学院附属新华医院眼科 (斜视与小儿眼科学组副组长)

刘 虎 南京医科大学附属第一医院眼科 (斜视与小儿眼科学组副组长)

牛兰俊 北京大学人民医院眼科 (前任副组长)

(以下斜视与小儿眼科学组委员按姓氏拼音首字母排序)

陈 霞 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院 (前任委员)

冯雪亮 山西省眼科医院

宫华青 山东省眼科研究所青岛眼科医院

管永清 河北医科大学第四医院眼科

焦永红 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心

刘 红 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院眼科

刘 岩 中国医科大学附属第一医院眼科

刘桂香 青岛大学医学院附属医院眼科

刘陇黔 四川大学华西医院眼科 (前任委员)

刘双珍 中南大学湘雅医院眼科

李 辉 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院眼科

李晓清 北京大学第一医院眼科

孟令勇 哈尔滨市穆斯林医院眼科

潘美华 厦门大学附属厦门眼科中心

钱学翰 天津医科大学眼科医院

苏 鸣 河北省儿童医院眼科

孙朝晖 浙江大学医学院附属第二医院眼科中心

陶丽娟 湖南省儿童医院眼科

吴 夕 北京大学人民医院眼科

吴 晓 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心 (前任委员)

项道满 广州市儿童医院眼科

邢咏新 第四军医大学唐都医院眼科

许江涛 昆明市儿童医院眼科

颜建华 中山大学中山眼科中心

杨隆艳 吉林大学第二医院眼科
 殷小龙 南昌大学附属第二医院眼科
 余 涛 第三军医大学西南医院眼科医院
 王乐今 北京大学第三医院眼科
 曾小平 贵州省遵义医学院附属医院眼科
 张 芳 温州医学院附属眼视光医院
 张 伟 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院(兼秘书)

赵军阳 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心
 周炼红 武汉大学人民医院眼科
 声明 本共识内容与相关产品的生产和销售厂商无经济利益关系

(收稿日期:2015-03-19)

(本文编辑:黄翊彬)

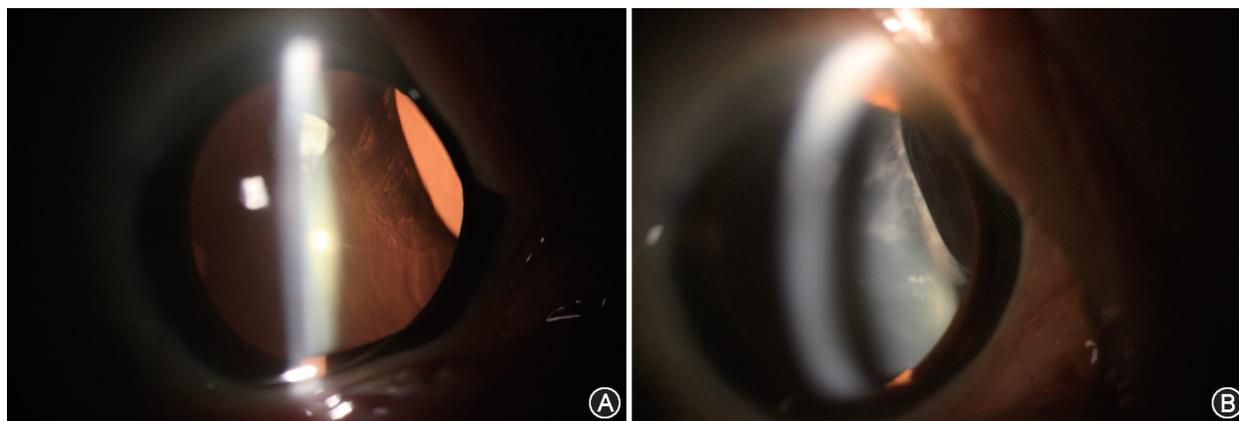
·图片精粹·

晶状体缺损

李兴育 王从毅 陈曦

患者女性,65岁。因双眼视力逐渐下降6个月,加重3个月,就诊于西安市第四医院眼科。患者无眼部手术及外伤史,父母非近亲婚配,无家族史。全身检查未见明显异常。眼部检查:裸眼视力右眼为0.25,左眼为0.25;矫正视力右眼为0.4,左眼为0.3;眼压右眼16.4 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),左眼为12.4 mmHg;双眼角膜透明,前房清亮,

瞳孔圆,对光反应灵敏,晶状体混浊,眼底隐约见视网膜平伏;散大瞳孔后检查,右眼晶状体1:00~3:00方位周边部缺损(精粹图片1),左眼晶状体未见明显缺损。超声生物显微镜检查提示右眼晶状体回声增强,形态异常,鼻上方部分缺损,余未见明显异常。临床诊断:右眼晶状体缺损;双眼年龄相关性白内障。



精粹图片1 采用裂隙灯检查法观察右眼晶状体缺损患者眼前节图像 A 示后照法观察晶状体缺损;B 示直接焦点照明法观察晶状体缺损区

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2015.06.004

作者单位: 710004 西安市第四医院眼科 陕西省眼科医疗中心
 西安交通大学医学院附属广仁医院眼科(李兴育、王从毅);第四军医大学唐都医院中心实验室(陈曦)

通信作者:李兴育, Email: leexingyu01@163.com

(收稿日期:2014-12-10)

(本文编辑:黄翊彬)